

SINTOMATOLOGIA GINECOLOGICA DE UN EPITELIOMA VESICAL

Por el Dr. ROLANDO C. HERÉNU

Los casos de ginecopatías que clínicamente se manifiestan o son acompañadas por trastornos urinarios, son de observación diaria y corriente. El tema ha sido objeto de numerosas publicaciones de casuística y de revisión panorámica. Entre estas últimas cabe citar la de Ercole (7) en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología.

Es especialmente importante e interesante la repercusión de los tumores del tracto genital femenino, en particular del cuello uterino, sobre el árbol urinario superior a través de la invasión del parametrio y sobre el trigono vesical por propagación directa.

El hecho inverso, vale decir un tumor de vejiga que permanezca más o menos latente y se manifieste o se acompañe de signos patológicos genitales, es por el contrario muy poco común. La extensión de un epiteloma de vejiga a la pared vaginal, es clásico que se considere excepcional.

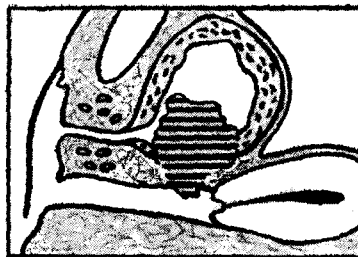
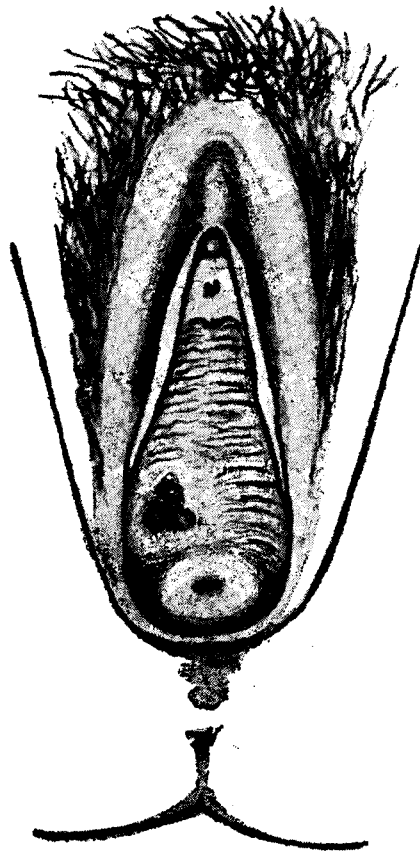
Al respecto, dice Albarrán en 1892 (1): "Yo no he visto jamás la propagación a la vagina, y el único caso citado... parece dudoso". También por esa época escribe Clado (4) que sólo había tenido conocimiento indirecto de un caso de tumor vagino-vesical, pero en él los datos aportados no permitían asegurar cuál había sido la localización primitiva y cuál la propagada.

Estos conceptos se han venido repitiendo de autor en autor a través de los años. Cabot (3), en 1941, sostiene que "en la mujer, la neoplasia vesical invasora de la pared vaginal o la uretra, es rara". En 1945 Lowsley y Kirwin dicen: "Es rara la invasión al recto o a la vagina".

Sin embargo, aunque en la clínica no sea nada común la apreciación de un invasión semejante, en los últimos tiempos se está considerando que un estudio sistemático más profundo de las piezas quirúrgicas o de autopsia y los exámenes alejados de enfermas operadas, pondrían en evidencia que la propagación directa a la vagina es mucho menos que excepcional, aunque sea también habitual que se mantenga absolutamente silenciosa e inaparente. Couvelaire (5) sostiene la "extreme frecuencia" de esta propagación, señalando que es en la pared vaginal anterior donde aparecen más comúnmente las recidivas, por lo cual preconiza su exéresis en la cistectomía por cáncer (6).

Boeminghaus (2) también recoge de su experiencia las recidivas en la vagina y la uretra femenina y adopta idéntica posición en la conducta quirúrgica.

No obstante, es enteramente infrecuente que esta propagación llegue a ser importante como para dar manifestaciones clínicas propias, y mucho más,



que pueda constituir la causa de los signos anormales más llamativos para la enferma.

La explicación de esta rareza clínica, está ya claramente planteada en la obra de Clado en 1895 (4): "Uno puede preguntarse si la causa de esta ausencia de extensión (por contigüidad) no es la poca duración de la enfermedad, acortada por la repetición de las hemorragias, la aparición de cistitis, nefritis, fenómenos infecciosos mortales, o aún abreviada por la intervención activa del cirujano".

Caso clínico. — A. G., argentina, soltera, 73 años. H. Clín. 11957 del Instituto Municipal de Clínica Urológica. Ingresó el 16-XII-60.

Es enviada desde un Hospital del sur del país, por una lesión genital sangrante y anemizante y trastornos inflamatorios vesicales, a fin de completar su estudio. Se sospecha un tumor de la pared vaginal, con posible propagación a la vejiga.

De sus antecedentes, lo más importante ha sido en los últimos años, la aparición de dolores precordiales y fatiga nocturna, catalogados como "asma cardíaca" y tratada con diuréticos. Desde tres años atrás nota episodios, repetidos en varias oportunidades, de polaquiuria y ardor miccional, que algunas pocas veces se han acompañado de pequeñas hematurias terminales. Es una antigua constipada intestinal, y el estudio bacteriológico de sus orinas ha mostrado reiteradamente la presencia de colibacilos. El diagnóstico de cistitis de esta etiología microbiana, se ha seguido la mayoría de las veces de tratamiento con cloromicetina, que casi siempre le ha proporcionado alivio cierto.

Hace 1 1/2 año, un estudio clínico permitió el diagnóstico de una afección aórtica y anemia, tratada con tónicos cardíacos y algunas pequeñas transfusiones de sangre. Al parecer, ese tratamiento la mejoró mucho, hasta que hace cuatro meses inició pérdidas sanguíneas abundantes por vía genital, independientes de sus micciones. Recibe lavados vaginales y medicación tópica. Estas pérdidas se repiten varias veces desde entonces, siendo muy irregulares y caprichosas y por lo común copiosas. En los intervalos entre las hemorragias suele observar un flujo blanco amarillento, a veces maloliente. En el último mes, nota también cierta acentuación y persistencia de sus molestias vesicales, en especial polaquiuria (micción cada dos a tres horas) y moderado e inconstante ardor terminal, con orinas a veces rosadas al final de la evacuación.

El examen general muestra una enferma delgada y anemizada (un recuento acusa 2.970.000 rojos, con un eritro de 68 y 108), con un soplo diastólico, una presión de 16/5. Un informe cardiológico dice: "Insuficiencia aórtica; sobrecarga izquierda; cardioesclerosis". Orina con piuria y microhematuria.

El examen ginecológico permite observar (fig. 1) en el tercio profundo de la pared vaginal anterior, hacia la derecha, una placa infiltrada, lisa en su periferia, de unos 3 cm. de diámetro, separada por una pequeña zona indemne, del cuello uterino en involución senil, y de aspecto por lo demás normal. En el centro de este medallón hay un grupo de pequeños nódulos vegetantes, rojizos, de aspecto neoplásico, fácilmente sangrantes.

Un estudio cistoscópico demostró la presencia de gruesas formaciones tumorales, con aspecto mamelonado pero sin franjas papilares, que ocultaban casi toda la hemivejiga derecha, extendiéndose algunas hasta la cara anterior y por el otro lado hasta el cuello. Cistitis agregada escondiendo el meato opuesto.

Urografías. El urograma (27-XII-60) evidencia la exclusión funcional derecha, un riñón y uréter izquierdos de aspecto normal, una vejiga opacificada parcialmente y sólo hacia la izquierda. Una pielografía anterógrada por punción en el lado derecho (25-I-61) muestra una uréterohidronefrosis por invasión del uréter intramural. La cistografía marca claramente la magnitud del tumor de la hemivejiga afecta (figura 2).

Esta enferma fué tratada con el fin de levantar su estado general, con repetidas transfusiones, antibióticos y digitálicos, lográndose al cabo de poco más de dos meses una marcada mejoría. Sin embargo, las condiciones circulatorias y la magnitud local del proceso hacían evidente la inoperabilidad del caso. Se dió de alta el 6-2-61, controlándose luego en Consultorio Externo.

El 29-5-61 se hace un control cistoscópico que no muestra mayores cambios. El estado general es bastante bueno. Practicamos una biopsia endoscópica del tumor vesical y una toma de los nódulos vaginales, que se han extendido un poco más. El informe del doctor A. Marano (h) dice: "Inclusión N° 21283. *Tumor vesical*: lesión del carácter de carcinoma paramalpighiano, con áreas de necrosis y fenómenos inflamatorios asociados. *Nódulo de pared vaginal anterior*: lesión neoplásica de tipo carcinoma similar al anterior".

La histología, por lo tanto, confirma la clínica en el sentido de que es una extensión por contigüidad, del tumor vesical a la vagina (fig. 3).

El 10-6-61 vemos nuevamente y sin mayores novedades a esta (fig. 3) enferma, que regresa a su lugar de origen con algunas esporádicas pérdidas vaginales y a veces discretas hematurias. Las molestias vesicales son menores que en la época de su ingreso. El 2-8-61 hace un cuadro brusco de disnea, que según referencias familiares se interpretó y trató sin éxito como un edema agudo de pulmón, y fallece.

Comentarios: Este caso permite algunas reflexiones de interés, sugeridas por los siguientes hechos:

1º) La gran tolerancia que en esta enferma tuvo el tumor de la vejiga pese a su magnitud, al largo tiempo en que puede estimarse su evolución —probablemente tres años como mínimo— y a la exclusión a que llegó su riñón derecho al ser infiltrado el uréter terminal correspondiente.

Esta sobrevivida bastante confortable de una enferma de 73 años con un tumor maligno, interrumpida por otra parte por un problema intercurrente, no deja de ser un llamado de atención sobre las indicaciones “demoledoras” que hubieran podido seguirse, de acuerdo a las tendencias quirúrgicas de mayor vigencia.

2º) El serio error de enfoque diagnóstico a que puede llevar una moderación tal de signos clínicos vesicales, cuando no se agota el estudio urológico frente a manifestaciones irritativas de este órgano, tanto más si ellas se reiteran o persisten.

3º) La evidencia —en esta oportunidad grosera— de la posibilidad de la invasión vaginal al avanzar en profundidad un epiteliooma infiltrante de la vejiga. Es sin duda poco común que la lesión de la vagina llegue a constituir la causa de la sintomatología dominante, configurando una forma clínica de rara observación, pero es un hecho a tener en cuenta al afrontar la terapéutica en enfermas en las que la ubicación de la neoplasia haga factible una propagación de este tipo.

Resumen: Se presenta un caso de epiteliooma de la vejiga en una enferma de 73 años de edad en que por largo tiempo evolucionó con relativo silencio clínico y gran tolerancia, habiendo aparecido los primeros signos alarmantes, flujo y hemorragias genitales copiosas y repetidas, al instalarse una lesión vaginal, por propagación directa.

BIBLIOGRAFIA

1. — *Albarrán, J.*: Les tumeurs de la vessie. G. Steinhel, édit. París, 1892.
2. — *Boeminghaus, H.*: Urología. Edit. Paz Montalvo. Madrid, 1958.
3. — *Cabot, H.*: Tratado de Urología. Edit. Guanabara. Río, 1941.
4. — *Clado, G.*: Traité des tumeurs de la vessie. Soc. d'édit. scient. París, 1895.
5. — *Couvelaire, R.*: Citado por Romain, J. (9).
6. — *Couvelaire, R.*: Chirurgie de la vessie. Masson et Cie. París, 1955.
7. — *Ercole, R.*: La urología en ginecología. Bol. Soc. Obst. Ginecol. Bs. As. 23: 570, 1944.
8. — *Lowsley, O. S.*; *Kirwin, T. J.*: Clínica Urológica. Salvat, edit. Barcelona, 1945.
9. — *Romain, J.*: Encyclopédie Médico-Chirurgicale. 18244 (Vessie, 2/1957).

DISCUSION

Dr. Schiappapietra. — Felicito al comunicante por el trabajo presentado. Es realmente una rareza el caso comentado, por la forma de ulcerarse la lesión; en primer lugar, por la disposición anatómica que está impedida por la fascia vésico-uterina, y

en segundo término, es rara la falta de manifestaciones urológicas cuando ya la infiltración ha invalidado la funcionalidad del riñón correspondiente.

Yo he visto alguna propagación de tumores vesicales en cuello de vejiga, y en la mujer es fácil que la propagación se haga en la uretra en la parte próxima a la infiltración del meato en donde se presume la existencia del tumor.

Dr. A. Carreño. — Deseo preguntar al doctor Hereñú si contaba con estudio neurológico en el que se manifestara algún trastorno de la sensibilidad. Me llama poderosamente la atención el hecho de que haya tolerado semejante lesión, sin que el enfermo acusara síntoma doloroso o de cualquier otro tipo.

Dr. R. Hereñú. — Agradezco su valioso aporte, doctor Schiappapietra.

Al doctor Carreño digo que yo hubiera querido puntualizar un poco más algunos aspectos del trabajo, pues, en realidad, había síntomas vesicales, muy moderados; pero no habían sido correctamente interpretados.

Hubo error de diagnóstico fundamental. Todo era normal en el enfermo, por lo que es raro que los síntomas no sean mayores. No había otra causa de insensibilidad vesical. Tenía una polaquiuria cada dos o tres horas y con antibióticos mejoró bastante. Es clásico describir, entre las formas clínicas, a la forma latente. Por supuesto, es lógico suponer que una neoplasia tan avanzada como ésta, por lo general no tiene esta evolución.
